



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA  
ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA EM  
HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES SIMILARES

DATA DA VISITA

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

Sim

Não

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA

1.1. Nome do(a) Nutricionista Entrevistado(a) |

CRN-\_\_\_|

1.2. Vínculo de Trabalho

Celetista  Concursado Celetista  Contratado  Estatutário  
 Outro:

### 1.3. Recursos Humanos na Área de Nutrição - Equipe Técnica

Nome	CRN-___	RT / QT	Carga Horária			Data de Admissão PJ
			Diária	Semanal	Horário de trabalho	

1.4. Há supervisão técnica?

Sim  Não

**Em caso afirmativo:**

Nome:

Nutricionista?  Sim  Não

1.5. Nutricionista entrevistado (a) possui outros vínculos de trabalho?

Sim  Não

Local |

### 2. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA VISITADA

2.1. Razão Social:

2.2. CNPJ:

PJ Nº: \_\_\_\_\_

2.3. Razão Social da Unidade/Cliente:

2.4. CNPJ da Unidade/Cliente:

**3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DO ESTABELECIMENTO VISITADO****3.1. Tipo de estabelecimento:**

<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Hospital-dia	<input type="checkbox"/> Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	<input type="checkbox"/> Spa clínico
<input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____				

**3.2. Natureza Jurídica:**

<input type="checkbox"/> Pública	<input type="checkbox"/> Privada: <input type="checkbox"/> com fins lucrativos <input type="checkbox"/> sem fins lucrativos
<input type="checkbox"/> Outra. Especificar: _____	

**3.3. Nível de atenção do estabelecimento:**

<input type="checkbox"/> Média complexidade	<input type="checkbox"/> Alta complexidade	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Não se aplica
---	--	--------------------------------	--

**3.4. Dimensionamento: | Nº de Leitos:****4. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA - UND****4.1. Tipo de gestão:  Autogestão  Concessão**

Há interlocutor do contrato de concessão? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
--

Em caso afirmativo: É Nutricionista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
---

Nome do nutricionista: _____	CRN-____
------------------------------	----------

4.2. Horário de funcionamento:	2ª a 6ª feira: _____	Sábado: _____	Domingo: _____
--------------------------------	----------------------	---------------	----------------

4.3. Há atendimento noturno?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
------------------------------	---

4.4. Nutricionistas nos plantões?	Diurno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Noturno <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------------	--	---

4.5. Em caso de realização de plantões	<input type="checkbox"/> à distância/sobreaviso <input type="checkbox"/> no local	Horário   _____
--	---	-----------------

4.6. Há Central de Terapia Nutricional?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
---	--

4.6.1. Há Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
---	--

4.6.2. Em caso afirmativo: Há Nutricionista integrando a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
--	--

4.7. Há atendimento ambulatorial?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim. Tempo de consulta inicial <input type="checkbox"/> < 45min. <input type="checkbox"/> ≥ 45min. Tempo de consulta de retorno <input type="checkbox"/> < 30min. <input type="checkbox"/> ≥ 30min. Tempo de atividade em grupo <input type="checkbox"/> < 60min. <input type="checkbox"/> ≥ 60min.

4.8. Há banco de leite humano/posto de coleta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
--	--

4.9. Há lactário?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
-------------------	--

4.10. Há serviço de terapia renal substitutiva?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Sim. Nº de Pacientes/dia: _____

**5. ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS DO(A) NUTRICIONISTA**

INDICADORES QUALITATIVOS		*	PM	MP	NÃO
5.1.	Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.				
5.2.	Elabora o diagnóstico de nutrição.				
5.3.	Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.				
5.4.	Registra em prontuário o diagnóstico de nutrição, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela UND.				

\* PM – Padrão Mínimo MP – Meta Padrão Não – não atinge padrão mínimo

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
5.5.	Orienta e supervisiona a distribuição e administração de dietas.				
5.6.	Interage com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria.				
5.7.	Realiza orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários.				
5.8.	Elabora relatórios técnicos de não conformidades, impeditivas da boa prática profissional e que coloquem em risco a saúde humana.				

\*NA – não se aplica

## 6. ATIVIDADES COMPLEMENTARES DO(A) NUTRICIONISTA

INDICADORES QUANTITATIVOS		SIM	NÃO	ÀS VEZES	*NA
6.1.	Solicita exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela UND.				
6.2.	Prescreve, quando necessário:				
	Suplementos nutricionais				
	Alimentos para fins especiais				
	Fitoterápicos				
6.3.	Promove ações de educação alimentar e nutricional para clientes/pacientes/usuários.				
6.4.	Interage com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.				
6.5.	Realiza e divulga estudos e pesquisas relacionados à sua área de atuação.				
6.6.	Participa do planejamento e supervisão de estágios para estudantes de graduação em nutrição e/ou de curso técnico em nutrição e dietética.				

\*NA – não se aplica

## 7. TITULAÇÃO / ATUALIZAÇÃO TÉCNICA/TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

7.1. Titulação	7.2. Atualização Técnica – Últimos 5 anos
<input type="checkbox"/> Especialização   <input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição Clínica <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva <input type="checkbox"/> Nutrição em esportes <input type="checkbox"/> Fitoterapia <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Textos / livros / artigos <input type="checkbox"/> Cursos / congressos <input type="checkbox"/> Grupos de estudos <input type="checkbox"/> Pesquisa na Internet <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
<input type="checkbox"/> Mestrado   <input type="checkbox"/> Doutorado	
7.3. Tempo de exercício profissional:	

<b>8.</b>	<b>ATRIBUIÇÕES DO(S) TÉCNICO(S) EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA, SE HOUVER</b>		

<b>9.</b>	<b>RECURSOS E INSTRUMENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
9.1.	Programas de Informática			[ ] Específico [ ] Outros
9.2.	Equipamentos para avaliação do estado nutricional			[ ] Bioimpedância [ ] Estadiômetro [ ] Balança [ ] Fita Métrica [ ] Adipômetro [ ] Outros: _____
9.3	Outros			

<b>10.</b>	<b>DOCUMENTOS VERIFICADOS NO ATO DA VISITA</b>
------------	--

- Protocolos técnicos do serviço (5.1)  
 Registro do diagnóstico de nutrição (5.2)  
 Registro da prescrição dietética (5.3)  
 Registro no prontuário do diagnóstico de nutrição, prescrição dietética e evolução nutricional (5.4)  
 Formulário de orientação nutricional na alta (5.7)  
 Relatórios técnicos de não conformidades (5.8)

<b>11.</b>	<b>ORIENTAÇÕES / SOLICITAÇÕES AO(A) NUTRICIONISTA</b>
------------	---

Atividades Obrigatórias [ ]

- Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço (5.1)  
 Realizar o diagnóstico de nutrição (5.2)  
 Elaborar a prescrição dietética (5.3)  
 Registrar em prontuário diagnóstico de nutrição, prescrição dietética e evolução nutricional (5.4)  
 Realizar a orientação nutricional na alta (5.7)  
 Elaborar relatórios técnicos de não conformidades (5.8)  
 Outras \_\_\_\_\_

O material solicitado deverá ficar disponível no local para apresentação ao CRN-9 e outros Órgãos de Fiscalização.  
 A legislação do Sistema CFN/CRN está disponível nos sites do CFN: [www.cfn.org.br](http://www.cfn.org.br) e CRN-9: [www.crn9.org.br](http://www.crn9.org.br).

**IMPORTANTE**

As presentes orientações / solicitações estão baseadas na legislação vigente e ao desenvolvê-las o(a) Nutricionista contribui para a saúde da população, assegurando a assistência nutricional e alimentar por meio de exercício ético, valorizando sua profissão.

<b>12.</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
------------	--------------------


<b>PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)</b>	
Nome	
Cargo	
Assinatura	

<b>NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)</b>	
Carimbo e Assinatura	



ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA

NUTRIÇÃO CLÍNICA - ASSISTENCIA NUTRICIONAL E DIETOTERÁPICA EM  
HOSPITAIS E INSTITUIÇÕES SIMILARES

DATA DA VISITA

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº DA VISITA

VISITA AGENDADA

Sim [ ]

Não [ ]

### ANEXO 1

#### Solicitações das Atribuições Obrigatórias do Nutricionista Indicadores qualitativos

Item -5.1. Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente.

- Padrão Mínimo:** Estabelece protocolos técnicos do serviço segundo níveis de assistência nutricional de acordo com a legislação vigente e instrumentos validados cientificamente.
- Meta Padrão:** Estabelece e executa protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional de acordo com a legislação vigente e instrumentos validados cientificamente.

Observações:

Item -5.2. Elabora o diagnóstico de nutrição.

- Padrão Mínimo:** Avalia o estado nutricional e elabora o diagnóstico de nutrição nos pacientes no nível de assistência de nutrição terciário a cada 07 (sete) dias.
- Meta Padrão:** Avalia o estado nutricional e elabora o diagnóstico de nutrição dos pacientes em todos os níveis de assistência de nutrição, sendo a cada 10 (dez) dias para o nível secundário e a cada 07 (sete) dias para o nível terciário.

Item -5.3. Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição.

- Padrão Mínimo:** Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, dos pacientes no nível de assistência de nutrição terciário, de acordo com a Resolução CFN vigente.
- Meta Padrão:** Elabora a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição, dos pacientes em todos os níveis de assistência de nutrição de acordo com a Resolução CFN vigente.

Observações:

Item -5.4. Registra em prontuário o diagnóstico de nutrição, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND).

- Padrão Mínimo:** Registra em prontuário o diagnóstico de nutrição, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND) dos pacientes no nível de assistência de nutrição terciário, conforme as Resoluções CFN vigentes.
- Meta Padrão:** Registra em prontuário o diagnóstico de nutrição, a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND) dos pacientes em todos os níveis de assistência de nutrição, conforme as Resoluções vigentes.

Observações:

---

---

PROFISSIONAL ENTREVISTADO(A)		NUTRICIONISTA FISCAL ORIENTADOR(A)	
Nome		Carimbo e Assinatura	
Cargo			
Assinatura			